

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 132

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES ARTHROPATHIES TABÉTIQUES
DE LA HANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice MOUTET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 18 Décembre 1913, à TOULON (Var)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

Du traitement chirurgical
des arthropathies tabétiques de la hanche



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 132

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES ARTHROPATHIES TABÉTIQUES
DE LA HANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice MOUTET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 18 Décembre 1913, à TOULON (Var)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZEL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM	FROMENT
Cliniques chirurgicales			SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements			PATEL.
Clinique ophtalmologique			BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique			VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..			BONNET.
Clinique médicale infantile			FAVRE.
Clinique gynécologique.....			LEPINE (J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologie			MOURIQUANI.
Clinique urologique.....			COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie			REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose			CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses			FAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie			COURMONT.
Chimie biologique et médicale			J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie			PONTHUS.
Matière médicale et Botanique			FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale			MOREL.
Anatomie			MANCEAU
Histologie			GUIART
Physiologie			LATARJET
Pathologie interne			POLICARD
Pathologie générale et thérapeutique			HERMANN
Anatomie pathologique			CORDIER.
Chirurgie opératoire			CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie			J.-F. MARTIN.
Médecine légale			SANTY.
Hygiène			ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie			Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie			ROCHIAUX.
			LEULIER.
			PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUT	BERTRANI.
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL.
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAI
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TAVERNIER, président ; POLLOSSON, assesseur ;

GABRIELLE et GUILLEMINET.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE CEUX QUE J'AIMAIS

A MON PERE, A MA MERE

Ils se sont imposé à mon égard de
lourds sacrifices. Leur joie est au-
jourd'hui ma plus grande récom-
pense. Je leur dédie ce travail en
témoignage de mon immense affec-
tion et de ma reconnaissance infinie.

A MA GRAND-MERE

A MA SŒUR

A MA FIANÇÉE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TAVERNIER

Professeur de clinique chirurgicale infantile

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
Jury de thèse. Qu'il trouve ici
l'expression de notre respectueuse
reconnaissance.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

M. GUILLEMINET
Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a réservé le meilleur accueil lorsque nous sommes allé lui demander de bien vouloir nous confier un sujet de thèse et depuis n'a pas cessé de témoigner à notre égard une extrême bienveillance. Sans mesure il nous a accordé un temps que nous savons précieux. A notre portée, il a mis sa haute compétence qui n'a d'égale que sa modestie. Nous le remercions bien sincèrement, nous voudrions qu'il puisse trouver ici un hommage de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

A NOS CHEFS

Du traitement chirurgical des arthropathies tabétiques de la hanche

INTRODUCTION

P. Lance écrivait dernièrement dans la *Revue Médicale Française* : « Le champ des indications opératoires des arthropathies tabétiques est sans doute restreint et doit rester limité à des cas choisis ; mais qu'on laisse au moins à ceux-ci les bénéfices d'une intervention réparatrice. »

Il serait difficile de poser en moins de mots le problème du traitement chirurgical des arthropathies tabétiques et de ses indications. Mais si nous recherchons dans la littérature les cas déjà publiés, nous sommes étonnés et intrigués de voir que les arthropathies tabétiques ont peu tenté les chirurgiens. Ce qui a surtout rebuté les interventionnistes ce sont, d'une part l'importance des troubles trophiques qui accompagnent les arthropathies tabétiques et, d'autre part la fragilité des extrémités osseuses en présence. Aussi beaucoup de chirurgiens ont préféré, à une intervention dont les résultats étaient généralement peu brillants, astreindre le malade au port d'appareils souvent défectueux, en tout cas très gênants.

Dans certains cas, cependant, des tentatives ont été faites. Chipault, Rotter, Schlange, Jaboulay en ont

publié plusieurs cas. Toutes ces tentatives chirurgicales ont surtout porté sur le genou et sur le pied, très peu sur la hanche ; ceci, sans doute, en raison de la plus grande difficulté, et surtout de la plus grande rareté de cette localisation.

Ayant pu en observer un cas dans le service chirurgical de l'Hôpital Debrousse, chez notre maître, le docteur Guilleminet, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, nous rapportons ici l'observation prise à ce sujet et nous en profitons pour faire une revue générale des différents modes d'interventions déjà publiés.

Sur huit cas d'arthropathies tabétiques de la hanche où une intervention chirurgicale avait été tentée jusqu'ici, on notait 4 cas de résection, 3 cas d'arthrodèse extra-articulaire, 1 butée ostéo-plastique. Enfin, il y a quelques années, Alajouanine et Mauric, attribuant les atteintes multiples observées dans les cas d'arthropathies tabétiques à une lésion des centres sympathiques intra-médullaires avec troubles vaso-dilatateurs périphériques, préconisaient comme traitement la sympathectomie dont les résultats sont très intéressants ; pareille intervention n'a pas été réalisée à la hanche. Par contre, chez le malade dont nous rapportons l'observation, la hanche atteinte d'arthrite tabétique a été traitée par ostéotomie sous-trochantérienne tandis que pour l'autre hanche, qui présentait des lésions radiologiques de coxarthrite banale, et dans laquelle l'élément tabétique jouait peut-être un rôle, a été pratiquée une névrotomie de l'obturateur dans le dessein de modifier le régime circulatoire de l'articu-

lation. Il ne s'est agi là que d'une tentative dont on ne peut encore juger la valeur exacte et qui aura peut-être lieu de prendre place dans les moyens chirurgicaux dirigés contre l'arthropathie tabétique de la hanche.

De ces neuf observations, il semble que l'on puisse tirer certaines conclusions intéressantes.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMO-CLINIQUE

I. — PATHOGENIE

Nous n'aborderons pas ici le côté pathogénique du problème des arthropathies tabétiques, son domaine étant beaucoup trop vaste, mais nous verrons dans un résumé rapide la pathogénie générale des arthropathies tabétiques ; le processus étant le même pour toutes les articulations.

Comment se constitue une ostéo-arthropathie tabétique ?

Théorie de l'origine syphilitique.

Le professeur Barré affirme « que l'arthropathie tabétique des classiques n'est pas tabétique », et il explique ainsi cet axiome : « 1° Il peut y avoir arthropathie à type tabétique sans tabès ; 2° on observe fréquemment des tabès graves sans arthropathie ».

Pour Barré, l'arthropathie serait due uniquement à la syphilis qui retentirait sur les articulations par l'intermédiaire des lésions d'endartérite et d'endophlébite

des vaisseaux nourriciers et articulaires des os. C'est là aussi l'opinion de Babinski.

« On comprend facilement que la circulation soit très précaire dans les os syphilitiques atteints de lésions vasculaires disséminées et qui intéressent les artères nourricières des os et une plus ou moins grande partie des artères articulaires, enfin les veines elles-mêmes. La pauvreté de l'irrigation entraîne la non-minéralisation de l'os (car l'on sait que les sels osseux sont apportés par le sang), l'état graisseux de la moelle, la fragilité osseuse des épiphyses et des diaphyses qui sont à la base des fractures spontanées et des effondrements osseux. D'autre part, la gêne de la circulation profonde entraîne l'augmentation fréquente de la circulation superficielle (d'où réseaux veineux abondants et température augmentée de l'article) et aussi la production d'œdème qui a une existence passagère ou une durée infinie » (Barré).

Faure, Beaulieu, Etienne Bernard et Mlle Brun, parlent aussi de lésions vasculaires constatées dans deux cas d'ostéo-arthropathies tabétiques des hanches. Ils firent une biopsie des ganglions du triangle de Scarpa et constatèrent de l'endartérite oblitérante et de l'infiltration plasmo-lymphocytaire avec production par places de nodules. Ils en conclurent qu'il s'agit là d'adénosyphilomes et que l'ostéo-arthropathie n'est elle-même qu'un syphilome.

A cette théorie on pourrait opposer que les lésions d'endartérite oblitérante constatées par ces auteurs, ont aussi été notées par le professeur Leriche dans l'arthrite traumatique. D'autre part, on peut s'étonner aussi de

l'inefficacité du traitement spécifique dans les arthropathies tabétiques, alors qu'il devrait être le traitement de choix d'après cette théorie.

On ne peut certes pas nier que la syphilis joue un rôle dans quelques cas, mais son rôle n'est que secondaire et ne peut entraîner les troubles trophiques des ostéo-arthropathies.

Théorie de l'origine traumatique.

C'est Volkmann qui l'a défendue.

P. Lance la rappelle à propos des observations qu'il a publiées dans la *Revue Médicale Française*.

Les tabétiques sont plus fréquemment exposés aux traumatismes que les sujets sains. Mais le traumatisme ne peut, de par lui-même, entraîner cet état de délabrement osseux que l'on constate dans les arthropathies tabétiques. Pour arriver au stade d'effondrement articulaire, il faut que l'articulation soit soumise à des actions traumatiques, mais cet effondrement n'est rendu possible que par l'ostéoporose qui existait avant.

Pour nous, il nous semble rationnel de penser que le traumatisme intervient aussi dans la genèse de l'arthropathie, mais il n'a qu'une action secondaire conditionnée par l'état de préarthropathisation constitué par l'ostéoporose.

Théorie attribuant les ostéo-arthropathies aux lésions nerveuses.

L'ostéoporose qui est à la base de la dislocation articulaire est sous la dépendance des lésions nerveuses.

En 1868, J.-M. Charcot pense que l'arthropathie relève directement de la myélite scléreuse des cordons postérieurs. Son élève Benjamin Ball évoque l'hypothèse d'une atteinte du sympathique à l'origine des arthropathies.

Schiff attribue les troubles trophiques à la paralysie des vaso-moteurs, mais Charcot rejette cette théorie.

En 1882, Carlos E. Putnam, dans une thèse inspirée par Pierret, émet l'hypothèse d'une lésion des centres sympathiques médullaires localisés par Pierret dans le tractus intermedio-latéralis décrit par Clarke.

Enfin, Alajouanine et Foix, en 1923, attribuent les atteintes articulaires multiples à une lésion des centres sympathiques intra-médullaires.

Cette atteinte du sympathique se manifeste par des troubles vaso-moteurs qui se traduisent par une hyperthermie locale, troubles circulatoires, œdème. Ces troubles précèdent l'ostéo-arthropathie, et consistent essentiellement en une hyperhémie active.

D'après Alajouanine et Thurel l'ostéoporose est due à cette hyperhémie et ils s'appuient pour le démontrer sur les conclusions suivantes de Leriche et Policard :

« D'une façon constante, quand la circulation sanguine devient active dans un territoire osseux, la substance osseuse redevient conjonctive, les travées osseuses s'amincissent, l'os se raréfie, se médullise. Inversement, quand la stase s'installe en un point du tissu osseux, il y a tendance à l'œdème, tendance aussi à la formation de nouvelles travées osseuses, tendance à l'augmentation des anciennes. »

Nous ferons remarquer, en terminant ce bref aperçu de la pathogénie si complexe des arthropathies tabétiques, la situation assez curieuse qui existait chez notre malade, porteur, du côté gauche, d'une arthropathie tabétique avec juxtaposition de processus destructifs et d'un processus d'ossification périarticulaire, tandis que, du côté droit, le tableau radiologique et clinique était celui d'une arthrite chronique de l'adulte ou coarthrite à type tout à fait banal. La notion d'un tabès chez ce sujet donnait à son arthrite chronique droite un intérêt spécial.

Doit-on penser que ce tableau d'arthrite chronique représenterait une étape dans la marche vers l'arthropathie tabétique? Ce serait là simple hypothèse; on peut aussi bien penser, et avec plus de vraisemblance, qu'il faut voir dans ces deux états simultanés des modes de réaction différente d'une affection rare.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'envisagerons, ici, l'étude des lésions de l'arthropathie tabétique de la hanche que dans le cadre des indications qu'elle pourra fournir au chirurgien pour choisir tel ou tel mode d'intervention.

Au niveau de la hanche, on note généralement l'absence totale de la tête et d'une plus ou moins grande partie du col du fémur. Rotter, dans sa statistique portant sur 18 autopsies, note 3 cas seulement de présence totale ou partielle de la tête fémorale. M. le Professeur Tavernier note une tête aplatie revêtue de son cartilage, qui, à la radiographie, semblait avoir disparu. Ce processus destructif s'étend, parfois, jusqu'au grand trochanter.

Du côté de la cavité cotyloïde, on note aussi des modifications importantes. Le fond de la cavité semble formé d'os rugueux, parfois recouvert de tissu conjonctif. On observe toujours un agrandissement, mais rarement une perforation de cette cavité.

Quel aspect peut revêtir l'arthropathie tabétique de la hanche?

On distingue une forme atrophique et une forme hypertrophique. Sur la fréquence de ces deux formes, on constate de nombreuses divergences. Ainsi P. Lance écrit qu'« au niveau de la hanche l'arthropathie tabétique revêt presque toujours la forme atrophique ;

il y a usure de l'extrémité céphalique du fémur, soit progressivement, soit, comme l'admettent certains auteurs, à la faveur d'une fracture spontanée suivie de résorption de la tête fémorale ». Cunéo, au contraire, parlant du cas de Rotter, dit « qu'il a eu affaire à une forme particulière, la forme atrophique qui se rencontre peu, surtout au niveau de la hanche. L'arthropathie tabétique de cette articulation revêt en effet habituellement l'aspect hypertrophique ».

D'après les cas rapportés, la forme atrophique nous semble toutefois être plus rare. Elle se caractérise par une disparition presque complète de l'extrémité supérieure du fémur qui prend un aspect en pointe.

Généralement c'est la forme hypertrophique que l'on rencontre. On note, alors, d'énormes proliférations osseuses périarticulaires, véritables arborisations du tissu osseux qui s'épanouit en une masse volumineuse, poussant des prolongements dans les tissus environnants et rendant les mouvements de l'articulation presque impossibles. Cette prolifération du tissu osseux s'accompagne, à ce niveau, d'une vascularisation abondante, et on comprendra très bien par la suite, que, lorsqu'on se trouve en présence de pareilles modifications au sein de l'épiphyse fémorale, les chances de succès soient moindres.

Mais doit-on penser que les qualités de consolidation et de reconstruction des extrémités osseuses chez ces tabétiques sont nulles?

Certains auteurs, avec Cunéo, doutent de ces capacités de l'os tabétique. Cunéo, dans son rapport sur l'observation d'Oulié, dit : « Rien de plus variable

en effet que la capacité ostéogénétique du tabétique, et j'entends surtout par là capacité utile. On sait que les fractures spontanées des tabétiques peuvent se consolider aussi vite et aussi bien que celles d'un sujet normal, mais très souvent elles aboutissent à une pseudarthrose. »

Pour nous, il nous semble plus juste de dire que, quoique les qualités de l'os chez les tabétiques ne soient pas les mêmes que chez un individu normal, ces extrémités osseuses ont encore un pouvoir de consolidation appréciable. D'ailleurs, dans les observations que nous rapportons plus loin, nous relevons presque toujours une assez bonne consolidation dans les mois suivant l'intervention. Récemment, dans une publication qu'il fit à la Société de Chirurgie de Lyon, M. Tavernier a montré ces qualités de soudure osseuse des os tabétiques, à propos d'arthropathies du genou et du cou-de-pied; dans un cas, cette consolidation fut rapide, dans l'autre cas, elle fut plus tardive, puisqu'on dut recourir à une réintervention.

III. — ETUDE CLINIQUE

L'arthropathie tabétique de la hanche est d'observation plutôt rare. Elle n'est souvent reconnue que très tardivement ; le diagnostic d'ostéo-arthropathie tabétique sera basé, d'une part, localement, sur l'évolution de la gêne fonctionnelle qui, minime au début, s'intensifie après plusieurs années, d'autre part, sur les résultats d'un examen général, l'anamnèse, les réactions sérologiques et surtout la radiographie.

EXAMEN

A l'inspection, c'est le volume de la racine du membre inférieur qui nous frappe tout d'abord. Le tour de cuisse, à ce niveau, est souvent augmenté de plusieurs centimètres. Les téguments sont pâles et on constate une circulation superficielle abondante. Généralement on note de gros ganglions inguinaux.

A la palpation, on a la sensation d'une masse fluctuante, comme s'il existait un gros épanchement articulaire. Le sommet du grand trochanter est déplacé en haut et en dehors, et se trouve au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

Les mouvements de l'articulation ont généralement une amplitude exagérée, surtout l'abduction.

La démarche est franchement mauvaise, la station debout est difficile. Le membre inférieur correspondant à l'articulation malade est généralement raccourci ; ce raccourcissement, important dans la majorité des cas, entraînant une claudication très gênante pour le malade, est la cause essentielle qui amène ce dernier à consulter.

Dans de pareils cas, on devra toujours rechercher les signes symptomatiques du tabès : areflexie tendineuse rotulienne et achilléenne, signe d'Argyll-Robertson, signe de Romberg, troubles de la sensibilité. Mais, il ne faudra pas leur accorder une valeur définitive et nier l'origine tabétique de l'arthropathie, si l'un ou plusieurs de ces signes font défaut.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les réactions sérologiques (*réaction de Bordet-Wassermann*, *réaction de Kahn*, *réaction de Meinicke*) et l'examen du liquide céphalo-rachidien serviront à confirmer un diagnostic hésitant.

Mais c'est surtout par la *radiographie* que l'on pourra porter le diagnostic définitif d'arthropathie tabétique de la hanche.

CHAPITRE II

I. — OBSERVATIONS

Nous rapportons ici huit observations. Nous les classerons par mode d'intervention, afin de faciliter par la suite l'étude des différents traitements de l'arthropathie tabétique de la hanche.

A. — Résection.

I. — OBSERVATION DE M. TAVERNIER ET DE M. POLLOSSON (inédite)

B... Jean, 35 ans, entré le 12 juillet 1937. Arthropathie tabétique de la hanche gauche. Arthroplastie et butée.

Le malade est envoyé par son médecin traitant.

Sujet vigoureux, ayant fait 18 mois de service militaire. Pneumonie de l'enfance. Il y a 10 ans, épisode pathologique qui l'a tenu six semaines au lit, baptisé « névrite ». Douleurs siégeant aux deux membres inférieurs.

Depuis le malade a eu fréquemment des retours d'épisodes douloureux analogues, à localisation variable (genoux, hanche, pieds), et cédant à l'aspirine.

Il y a 8 jours, épisode comportant fièvre, douleur au pli inguinal gauche qui est tuméfié et présente de l'augmentation de la circulation collatérale. Enfin apparition brutale de la claudication ; celle-ci est très importante ; elle

est en rapport avec un raccourcissement apparent du membre inférieur gauche. L'ascension du grand trochanter est très nette, 2 centimètres en décubitus, bien davantage en station debout; à la marche, masse mobile en haut et en dehors de la masse fessière gauche.

Radiographie : Hanche droite normale ; hanche gauche : tête fémorale décapitée comme au rasoir, au ras du col, et disparue sans traces. Au contraire, du côté coxal, nombreuses formations ostéophytiques floues.

Le Docteur Lauras, consulté, constate l'areflexie tendineuse achilléenne et rotulienne, le signe d'Argyll-Robertson. Pas de Babinski.

Une prise de sang avait été faite avant l'entrée à l'hôpital ; les résultats furent négatifs.

Le 17 juillet 1937, nouvelle prise de sang, faite dans le service.

Réaction de B. W. : positive.

— de Kahn : positive.

— de Meinicke : très positive.

Examen du L. C. R.

Réaction de B. W. : très positive.

Cytologie : à la cellule de Nageotte, on compte trois éléments blancs par mm³.

Chimie : albumine, moins de 0,30 par litre. — Sucre : normal.

Le malade est mis au repos, en extension continue. On lui fait un traitement antisiphilitique (Cy. Hg. + Muthanol).

Intervention le 22 septembre 1937 :

Docteurs Tavernier, Pollosson, Fournier.

Incision de Smith Peterson avec la barrette de Rocher. L'abord de l'articulation est défendu, aussi bien en avant qu'en haut, par des ossifications volumineuses qui forment des masses infiltrées périarticulaires. On est obligé de les réséquer. En suivant l'articulation, on voit que l'apparence d'un trait de fracture sur le col est formé, en réalité, par une tête aplatie revêtue de son cartilage. Il n'y a plus de

cavité articulaire autour d'elle, ni autour du col qui est tout entier adhérent aux tissus voisins. Il faut libérer tout ce col à la rugine et ensuite, pour pouvoir le mobiliser, sectionner le trochanter à sa base. L'extrémité supérieure du fémur ne peut pas encore être mobilisée, car elle est adhérente, en arrière, à une masse osseuse néoformée, grosse comme le poing d'un enfant. Il faut libérer, par un coup de ciseau, le fémur de cette masse qui est comme un bloc ostéogénique. On arrive alors facilement à réduire la tête dans le cotyle, qu'on libère d'une masse proliférante de synovite qui est conservée. (Ce fragment, examiné le 24 septembre 1937 par le Docteur Dechaume, nous montre une synoviale hyperplasiée avec de la sclérose, mais sans signe de néoplasme et sans signe permettant d'affirmer la tuberculose sur le fragment adressé). Comme le toit du cotyle est fuyant, on creuse sa profondeur, en gardant son bord. On avive la tête et on la réduit. On taille, alors, un petit volet iliaque que l'on rabat au-dessus de ce qui reste du col. On maintient le tout simplement par la suture des parties molles, sans fixer ni la tête, ni le trochanter sur le volet. Le résultat est très satisfaisant ; il est maintenu par un grand plâtre antérieur.

Le 23 septembre 1937, le malade est décédé par suite du choc opératoire, dans la pâleur et l'hyperthermie.

II. — OBSERVATION DE JOSEPH ROTTER (publiée dans *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1887)

N..., 38 ans, relieur, reçu le 8 novembre 1886. Arthropathie de la hanche gauche. Résection.

Le malade dit avoir eu une méningite à l'âge de 3 ans et depuis toujours en bonne santé ; jamais de syphilis. Depuis 1885 il a de fréquentes douleurs aux extrémités inférieures durant ordinairement 1 à 2 jours : douleurs

fulgurantes comme si un couteau traversait la cuisse. Il y a 9 semaines, les douleurs devinrent tellement intenses que le malade alla consulter. Traitement interne et pommades sans succès. Il y a 6 semaines, par suite de varices, la jambe fut mise au repos ce qui amena une sédation remarquable des douleurs. Au début d'octobre, il remarque au cours de la marche des crépitations dans la hanche gauche; 14 jours plus tard il observe un déplacement dans la région supérieure de la cuisse; boiterie et œdème du tiers supérieur de la cuisse, les téguments ne sont pas rouges et sont toujours indolores. Le malade peut marcher sans douleur.

Etat actuel.

Homme grand, élancé, maigre, musculature moyennement développée. La moitié supérieure de la cuisse gauche, au niveau du scrotum, est plus épaisse de 3 cm. que le côté sain. Dans la région crurale et sur l'hypogastre, on note des dilatations veineuses. Pas de signe du godet. Le sommet du grand trochanter est à six centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser et le membre est raccourci d'autant. La flexion du membre, le malade étant couché, est possible jusqu'à la verticale; l'adduction est plus étendue que normalement, l'abduction, par contre, est limitée. Forts crépitements au cours de tous ces mouvements. Depuis le sommet du grand trochanter jusqu'à dix centimètres plus bas, le fémur semble assez fortement épaissi. A sa face antérieure, on sent nettement un ostéophyte de la grosseur d'une noisette. Le malade marche sans douleur. Sensibilité tactile conservée, tandis que la sensibilité à la douleur fait défaut depuis le pied jusqu'à la région inguinale. Pas d'ataxie. Fonction vésicale plus faible qu'avant. L'examen des yeux est normal. Parfois des douleurs en ceinture typiques et lancinantes des extrémités inférieures. Vraisemblablement tabès.

Intervention :

Réséction coxale d'après la technique de Von Langenbeck. Le contenu liquide de l'articulation forme une synovie abondante et claire, contenant quelques flocons de fibrine. La capsule est épaissie. La synoviale ne présente pas de modifications visibles à l'œil nu. La partie de l'extrémité du fémur réséquée en dessous du grand trochanter présente les aspects suivants : le grand trochanter est épaissi, à la surface antérieure se trouvent deux ostéophytes dont l'inférieur a 2 cm. et le supérieur un centimètre et demi de haut; ils sont formés d'os compact. Le col est court et trapu, limité par un gros relief osseux coiffant le col comme un champignon. La tête a disparu. La surface articulaire est recouverte jusqu'aux régions marginales par un tissu granuleux. Le cotyle était profondément creusé et le bord inférieur très proéminent. Le cartilage semblait faire défaut partout. L'anesthésie fut supprimée après l'incision de la peau et tout le reste de l'opération fut effectué sur un malade en pleine connaissance et ne présentant aucune manifestation douloureuse. Seul l'arrosage avec une solution de sublimé provoqua une sensation de froid désagréable.

Traitement au cours des trois premières semaines : plâtre et extension continue. Evolution normale de la plaie. Guérison per primam. Fin janvier, le malade se promenait avec un appareil de Taylor sans aucune douleur. Les attelles furent enlevées après 14 jours. A l'aide d'une semelle surélevée le malade marche avec sûreté et légèreté.

III. — OBSERVATION DE P. LANCE.

TRAVAIL DU SERVICE DE M. LE PROFESSEUR MATHIEU
(HOPITAL COCHIN)

C... Louis, âgé de 57 ans, entre dans le service du Professeur Mathieu le 23 décembre 1936 pour une fracture spontanée du fémur droit.

Le 13 novembre, en se baissant pour ramasser un objet, le malade ressent une douleur au niveau du pli inguinal droit. Il ne tombe pas, mais éprouve une grande difficulté à propulser son membre inférieur droit. Un médecin, consulté, fait le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et conseille l'hospitalisation : celle-ci est effectuée dans un service de médecine. On porte alors le diagnostic de phlébite et, en raison des antécédents spécifiques avérés du malade, qui sait être tabétique, on commence un traitement énergique au cyanure. Cependant, au bout de quelques jours, devant la persistance de l'impotence fonctionnelle, on met en doute le diagnostic initial et l'on fait une radiographie ; celle-ci montre l'existence d'une fracture transcervicale du col du fémur avec une fonte massive du col et d'une partie de la tête et ceci, en moins de 15 jours. Le malade est alors dirigé sur le pavillon Lister. Le diagnostic de tabès est confirmé par l'examen clinique : aréflexie tendineuse au niveau des membres inférieurs, signe d'Argyll-Robertson; pas de signe de Romberg.

Devant la disparition aussi rapide du col fémoral, M. Mathieu décide de pratiquer d'emblée une résection arthroplastique. A l'intervention, le 6 janvier 1937, on ne trouve plus qu'une minuscule calotte céphalique. Suites opératoires sans incident, hormis un certain degré d'œdème du membre lors de la reprise de la marche qui est effectuée le 12 février 1937.

Le malade a été revu, en janvier 1938 ; la marche est indolore et s'effectue sans difficulté ; l'appui est bon ; la flexion de la cuisse atteint 25°.

B. — Arthrodèse extra-articulaire.

IV. — OBSERVATION DE P. LANCE

Il s'agit d'un homme de 30 ans, N... André, entré dans le service pour arthropathie tabétique de la hanche droite. La notion d'une fracture spontanée avec un certain degré d'enfoncement du cotyle est indiscutable et remonte à 1931 ; on a même fait chez ce malade une tentative d'enchevillement transcervical par greffon péronier. A l'entrée dans le service, le 3 février 1933, le malade présente les signes indéniables d'une luxation pathologique du fémur droit ; l'indolence est absolue, mais la marche est très difficile, en raison de l'instabilité du membre. Radiologiquement, la tête fémorale a complètement disparu ; le bord supérieur du grand trochanter déborde largement le sourcil cotyloïdien et semble venir buter contre l'os iliaque. Un examen neurologique fait par le professeur Guillaïn confirme le diagnostic d'arthropathie tabétique ; aréflexie tendineuse unilatérale, signe d'Argyll-Robertson ; troubles vésicaux ; B. W. positif.

En raison de l'âge du malade (qui n'a que 30 ans) et en raison aussi de l'impotence fonctionnelle, on décide d'intervenir ; après une reprise du traitement antisypilitique, M. Mathieu exécute une arthrodèse extra-articulaire (procédé Mathieu-Wilmoth avec rabattement d'un grand volet iliaque, 13 novembre 1933). Le malade reste immobilisé pendant cinq mois, au bout desquels on autorise une reprise progressive de la marche dans une culotte plâtrée. Lorsque le malade quitte le service, en juin 1934, l'ankylose est presque complète. Il a été revu en mars 1938 ; sans être complètement bloqués, les mouvements de la hanche sont très réduits ; la flexion n'atteint pas 10°, la marche est stable ; il n'existe plus de mouvements de piston ; fonctionnellement le résultat est

satisfaisant. Sur les radiographies on constate qu'il existe un bloc osseux continu, allant de l'os iliaque au bord supérieur du grand trochanter.

V. — OBSERVATION DE M. OULIÉ (CONSTANTINE),
RAPPORTÉE PAR M. CUNÉO.

Mme D..., âgée de 44 ans, entrée le 15 juin 1939. Son mari nie tout antécédent syphilitique et son B. W. est négatif. Mme D... étant enfant aurait été vaccinée contre la variole par variolisation pratiquée au cours d'une épidémie, avec le contenu d'une pustule prélevée sur un indigène. Sans doute est-ce là l'origine de son infection syphilitique ? En tout cas celle-ci passa inaperçue toute sa vie et son histoire clinique commence avec les accidents tabétiques que nous allons rapporter.

Réglée à 15 ans, mariée à 20 ans, elle n'a jamais eu d'enfant et n'a jamais fait de fausses couches. Elle resta bien portante jusqu'en 1922, année où apparurent quelques douleurs, surtout nocturnes, dans les deux membres inférieurs. Elle se considéra comme atteinte de rhumatismes et resta six ans sans consulter.

Enfin les douleurs devinrent quotidiennes, obligeant la malade à prendre sans cesse des cachets d'aspirine. Elles sont bilatérales et surtout nocturnes. Consulté huit jours avant l'accident articulaire, qui est le point de départ de cette observation, le Docteur B... pense encore à des névralgies et parle de naïodine.

Un mardi, la malade se lève et marche. Ce jour-là elle souffre peu. Elle est assise sur une chaise, vers 10 heures du matin ; elle se lève et se met à boîter en marchant. Elle s'en aperçoit, mais elle ne souffre pas ; elle s'en inquiète un peu et cependant reste debout toute la journée. Elle pense à une sciatique.

La malade fait revenir le Docteur B.... La marche n'est

plus possible ; l'appui de la hanche droite se dérobe sous le poids du corps. L'indolence de la région reste totale.

Le Docteur Bressot, demandé en consultation quelques jours après, demande une radiographie.

Celle-ci révèle une disparition totale de la tête et de presque tout le col du fémur. La cavité cotyloïde est déshabillée ; l'extrémité supérieure du fémur est en ascension iliaque.

La malade est amenée à ma clinique le 15 juin 1929.

Les douleurs nocturnes, l'indolence, l'aspect spécial de la radio me font penser à une arthrite tabétique, diagnostic que vont confirmer les examens spéciaux ; en effet, on trouve une abolition totale des réflexes patellaires et achilléens et un signe d'Argyll-Robertson +. B. W. — dans le sang, + dans le L. C. R. Lymphocytose rachidienne, 20 éléments par champ.

Nous ne pouvons nous résigner à abandonner, dans cette situation, cette malade jeune, avec un bon état général et nous décidons de fixer les lésions anatomiques actuelles par une immobilisation en appareil plâtré pelvi-pédieux, à seule fin d'empêcher l'accentuation de la luxation iliaque pendant qu'un traitement spécifique sera institué. Nous comptons sur celui-ci pour arrêter, s'il est possible, l'évolution du tabès et, ceci obtenu, nous pensons pratiquer une arthrodèse extra-articulaire, afin de permettre à la malade de marcher.

La période d'attente dura 8 mois. La malade fut opérée le 5 février 1930.

Entre temps, malgré le plâtre, la luxation s'était accentuée.

Intervention sous anesthésie générale à l'éther avec l'aide du Docteur Bressot, chirurgien de l'H. M. (5 février 1930).

Arthrodèse extra-articulaire par procédé Mathieu-Wilmoth type 2.

1° Prélèvement au ciseau, sur le tibia gauche, d'un greffon rigide de 8 cm. de long sur 1 cm. de large (comme pour faire une greffe vertébrale d'Albee). Suture cutanée totale sur faisceau de crins.

2° Incision de Smith-Petersen, modifiée par Mathieu, telle qu'elle a été décrite dans l'article de Mathieu et Wilmoth, du *Journal de Chirurgie*.

Section du trochanter au large ciseau. Abattement d'un volet iliaque par dédoublement de la crête et de l'aile iliaque sur 3 à 4 cm. de largeur et 4 cm. environ de hauteur. Le trochanter détaché est glissé en verrou et fixé par un fil d'acier souple Krupp. Le greffon tibial est placé devant et fixé par du catgut. Reconstitution des plans anatomiques. Suture totale. Un grand plâtre pelvi-pédieux est immédiatement placé.

Suites opératoires parfaites. Cicatrisation per primam. Le traitement spécifique est continué. On pratique des injections intraveineuses de cyanure de Hg. et encore des injections de Quinby.

Les radiographies successives montrent la formation d'une courte colonne osseuse donnant un point d'appui au fémur sur l'aile iliaque.

Le plâtre est enlevé à la fin de juin. La malade commence à se lever en octobre. Elle marche dans son appartement pendant huit jours en s'appuyant seulement sur le dossier d'une chaise. Le 18^e jour, en se baissant pour ramasser un papier, elle sent un craquement dans le genou droit et ne peut plus marcher; fracture spontanée du fémur sus-condylienne. La radiographie met en évidence la lésion. Pas de déplacement des fragments. Immobilisation de 3 mois en simple gouttière métallique. Traitement spécifique repris (acétylarsan).

Le 16 mars 1931, la marche est autorisée. Le membre est solide et donne un bon point d'appui. On est revenu à la situation existant avant la fracture du fémur.

Revue le 20 juillet ; la malade reste debout toute la journée, vaquant aux soins du ménage. Elle boîte en marchant, plongeant un peu comme une luxation congénitale (raccourcissement de 5 cm., mais appui solide).

Il existe le soir un assez fort œdème de la jambe et du pied.

Revue en février 1932. Il n'y a plus d'œdème, la malade mène une existence très active dans son appartement, elle en sort rarement par crainte de tomber dans la rue.

VI. — OBSERVATION DE M. P. SILHOL

M. B... est âgé de 54 ans. Mouleur en métaux. Je l'ai vu le 15 juin 1936, alité depuis 24 ans pour une hanche ballante. On lui donne 20 ans de plus que son âge ; il est maigre et dans un état de déchéance absolu.

Jusqu'alors il était traité comme un rhumatisant, avec le diagnostic d'arthrite déformante de la hanche gauche.

En effet, dans ses antécédents, il insiste beaucoup sur des douleurs rhumatismales qu'il traîne depuis 30 ans, aux différentes grandes articulations des membres inférieurs et supérieurs.

Il a eu un chancre à l'âge de 17 ans, qui a été traité, au début, par quelques injections huileuses intramusculaires.

L'impotencé, dont il est atteint, aurait été la conséquence d'un effort au cours de son travail en mai 1934, depuis il n'a pu se lever. Il reçoit en trois séries, 36 injections de Bivitol.

Il est radiographié à cette époque, et l'on conclut à un ostéosarcome de l'épiphyse fémorale et de l'os coxal avec pénétration pelvienne. Aucun traitement n'est institué et il passe deux ans au lit sans douleur.

L'examen montre une hanche ballante et membre rac-

courci. Différents B. W., même après réactivation, demeurent négatifs. Cependant l'examen clinique montre qu'il s'agit d'un tabès fruste, en particulier, les pupilles réagissent lentement et imparfaitement.

Je décide d'essayer une arthrodèse. Le 26 juin, arthrodèse para-articulaire. Un greffon rigide prélevé sur un tibia mal calcifié, est encastré d'une part dans l'os iliaque, d'autre part dans une fente pratiquée sur le grand trochanter.

Actuellement la consolidation n'est pas absolue, mais paraît en bonne voie.

« J'ai tenu, d'une part, à vous montrer dès à présent l'évolution de cette hanche sur des clichés radiographiques, d'autre part à faire ressortir le *bénéfice que l'on peut apporter à ces hanches ballantes par l'introduction d'un greffon osseux : il s'agit en effet là d'une expérience opératoire dont les conclusions pratiques sont d'ores et déjà suffisamment probantes pour que l'on puisse la publier.* »

Le premier cliché de mai 1934 montre une articulation coxo-fémorale de rapports anormaux et une prolifération osseuse abondante.

La tête du fémur est décalcifiée, son quart supérieur a fondu. L'arc du bassin est détruit, il y a là une dissociation pathologique et, sans doute, traumatique ; il s'agit d'une fracture pathologique par enfoncement. Celui-ci siège dans la partie supérieure de la cavité cotyloïde. Il y a, en outre, une image de plage de condensation osseuse du volume du poing. A noter une mince bande claire sous-capitale, premier indice de la nécrose de la tête et de sa disparition.

Cinq mois après, le 1^{er} octobre 1934, la tête a complètement disparu. La cavité cotyloïde est déshabitée, l'extrémité supérieure du fémur est luxée en haut. La région du toit cotyloïdien a été largement détruite. La plage de condensation osseuse de l'os iliaque s'est reossifiée, elle a l'aspect d'un large éventail, empiétant en bas sur le trou

obturateur et allant en haut jusqu'à l'épine iliaque antéro-inférieure ; elle a sur le cliché une épaisseur moyenne de 5 centimètres.

En juin 1936, au moment où je vois le malade, le processus atrophique a débarrassé complètement la cavité cotyloïde. L'effondrement du toit du cotyle a permis une progression de deux centimètres de l'ascension du magma cervical. Le petit trochanter se trouve en regard du rebord inférieur du cotyle.

C. — Butée ostéoplastique.

VII. — OBSERVATION DE M. LANCE

Mme P..., âgée de 60 ans, vient consulter, en janvier 1931, pour une arthropathie tabétique de la hanche droite. Son histoire est la suivante : en 1917, alors qu'elle se trouvait à Lisbonne, la malade a fait une fracture spontanée du col du fémur droit, avec disparition extrêmement rapide de la tête et du col fémoral ; elle reste immobilisée pendant près de trois ans. Divers chirurgiens ont été consultés et ont déconseillé toute intervention ; l'un d'eux, cependant, a proposé de faire une bifurcation.

Lorsque nous voyons la malade, en décembre 1930, la marche est extrêmement pénible et ne peut s'effectuer qu'à l'aide de deux cannes ; à chaque pas, il existe un mouvement de plongeon avec sensation de ressaut perçue par la malade ; l'étendue des mouvements est anormale. Sur les radiographies, on constate la persistance du col formant une sorte de bec qui doit s'accrocher plus ou moins au sourcil cotyloïdien.

La malade est tabétique (aréflexie tendineuse, signe d'Argyll-Robertson) et a été soignée, à plusieurs reprises, par un traitement spécifique. En raison de l'âge de la

malade, qui fait craindre les méfaits d'une longue immobilisation, on décide de stabiliser la hanche par une butée ostéoplastique faite au-dessus du moignon du col ; celle-ci est exécutée par rabattement d'un grand volet iliaque, renforcé par des greffons ostéopériostiques prélevés sur le tibia (28 février 1931).

Reprise de la marche au bout de 40 jours ; mais le 24 avril, soit 55 jours après l'intervention, la malade se fait une fracture spontanée du tibia au tiers inférieur ; plâtre ; la consolidation est obtenue en trois mois.

La malade est revue en novembre 1931 ; la stabilité de la hanche est bien meilleure et la marche s'effectue avec une seule canne ; les mouvements ont perdu de leur amplitude ; la sensation de ressaut perçue autrefois par ma malade a disparu.

D. — Ostéotomie.

VIII. — OBSERVATION DU SERVICE CHIRURGICAL DU DOCTEUR GUILLEMINET (Hôpital Debrousse) (inédite)

Il s'agit d'un homme de 30 ans, G... Pierre, comptable, envoyé dans le service du Docteur Guilleminet par le Docteur Revol, le 21 juin 1938.

A. H. : Père mort d'une attaque. A présenté aux dires du malade une affection analogue à la sienne. Mère morte de congestion.

A. P. : Célibataire. Le malade n'a présenté aucune affection jusqu'à l'âge de 24 ans. A cette époque : céphalées, diplopie ; injections de Hg (probablement cyanure), légère amélioration.

Peu de temps après : troubles de la démarche, le malade se déplace difficilement, craint l'effort et présente quel-

ques troubles de l'équilibre, surtout dans la marche lente. On note, alors, l'abolition des réflexes.

Le docteur Revol fait une série d'injections de bismuth. Le malade se plaint de violentes douleurs au niveau des membres inférieurs. Une de ces crises a nécessité une injection de morphine.

Depuis, jusqu'à il y a environ 6 mois, c'est-à-dire pendant une huitaine d'années, le malade mène une vie normale, présentant seulement un peu de fatigabilité des membres inférieurs. Cependant, il accuse des troubles de la miction remontant à une dizaine d'années ; il présente une grande difficulté à uriner, est parfois obligé de presser un volumineux globe vésical pour en émettre le contenu.

A partir de décembre 1937, le malade accuse une certaine boiterie, et une augmentation de volume de la hanche gauche non accompagnée de douleur. Boiterie et douleurs n'ont fait qu'augmenter. Le malade consulte le docteur Revol, qui l'adresse au docteur Guilleminet. Il passe dans le service.

Examen à l'entrée.

On est frappé par le volume de toute la racine du membre inférieur gauche. Elle dessine un énorme gigot et sur les téguments d'une pâleur blanchâtre on note un lacis veineux important. La consistance des parties molles péri-articulaires est œdémateuse, avec sensation profonde de fluctuation comme s'il existait un gros épanchement articulaire.

On note de gros ganglions inguinaux. Les mouvements de la hanche gauche ont une amplitude plutôt exagérée : si la flexion est normale ; l'abduction est considérable, atteignant près de 90°. De plus, le membre inférieur gauche offre un raccourcissement de 4 cms par rapport au côté droit.

L'examen de la hanche droite révèle aussi des anomalies : léger empâtement local et surtout limitation des mouve-



1. Arthropathie de la hanche gauche. Destruction de la tête fémorale, comblement du cotyle. Début de luxation.

(Cliché du 21 mars 1938, Dr JAPIOT)

ments : la flexion n'atteint pas l'angle droit, l'abduction n'est que de 30°.

Les radiographies pratiquées à l'entrée montrent d'énormes lésions de la hanche gauche : le col est amputé de toute la tête, une sorte d'épaississement en forme de champignon recouvre sa base : cette surface plane a subi un déplacement en haut et en dehors, en subluxation. Des proliférations osseuses abondantes se sont développées au-



2. Progrès de la luxation de la hanche gauche. Noter également la gaine de périostose de l'extrémité supérieure de la diaphyse. A droite, image d'arthrite chronique simple proliférante, non déformante.

(Cliché du 21 juin 1938. Dr CHASSARD)

dessus du col, dans le cotyle, contre l'ischion. Enfin, aspect de périostite sur l'extrémité supérieure de la diaphyse. Il est à noter que, comparativement à des radiographies pratiquées trois mois plus tôt et que nous avons pu étudier, toutes les lésions se sont fortement aggravées dans ces der-

niers temps. La radiographie de la hanche droite montre des lésions d'arthrite chronique, avec conservation de la forme générale de l'articulation. (Radio 1 et 2.)

En définitive, on se trouvait en présence d'un tabétique jeune (34 ans) avec un tabès grave, puisqu'il avait débuté dans le jeune âge, vers 20 ans.

Un traitement intensif avait cependant été pratiqué depuis le début de l'affection par son médecin traitant, le docteur Revol.

Depuis les derniers mois, la situation s'était aggravée énormément par l'apparition d'une arthropathie tabétique de la hanche gauche avec luxation progressive. La marche devenait à peu près impossible, le travail était arrêté. Cependant le jeune âge du sujet devait nous inciter à rechercher un soulagement à cet état de choses par des moyens orthopédiques.

Nous avons l'intention de procéder sur la hanche gauche à une ostéotomie sous-trochantérienne qui nous paraissait devoir fournir, avec le minimum de frais et de risque, une correction d'attitude permettant un nouvel usage du membre inférieur gauche.

Nous avons indiqué notre projet au Professeur Leriche, de passage dans notre service. Il l'approuva, et c'est lui qui nous suggéra de pratiquer en même temps du côté droit une névrotomie de l'obturateur.

Avant d'intervenir, le malade a été placé pendant dix jours en traction.

Le 1^{er} juillet 1938, Intervention. Docteur Guilleminet et Docteur Danjou.

1° *du côté droit* : découverte du nerf obturateur. La branche postérieure recherchée est réséquée. On s'efforce d'atteindre tous les filets dirigés en dehors, destinés à la hanche.

2° *du côté gauche* : ostéotomie sous-trochantérienne transversale. On a commencé l'intervention à la manière de Mommsen, mais on est tombé sur un fémur très gros et

très dur. On a même été étonné de cette dureté alors que l'os tabétique est habituellement décrit comme mou. On a donc fait une section transversale.

On n'a pas constaté de vascularisation anormale de la région. L'opération a été nettement pénible. Grand plâtre en abduction à 45°.

Une P. L. avait été pratiquée préalablement pour un examen du L. C. R.

Examen du L. C. R. :

..*Cytologie* : 17 lymphocytes par mm³ à la cellule de Na-geotte.

Chimie : Albumine : 0,30 par litre. Sucre : pas d'hyperglycorachie.

Bactériologie : à l'examen direct pas de microbe, pas de B. K. culture stérile.

Le 30 septembre 1938 :

Les suites opératoires ont été marquées par des incidents variés :

1) Suppuration d'une injection thérapeutique au niveau du membre supérieur gauche. L'incision, le drainage de la collection ont amené une rapide guérison.

2) De petites escarres du côté talonnier à gauche et au niveau de la région sacrée ;

3) Il y a lieu de refaire le plâtre pelvi-dorso-pédieux pour accentuer l'abduction du membre.

On a radiographié de nouveau le bassin après sortie du plâtre. On est surpris de constater une amélioration certaine du processus : il y a une véritable disparition de la plupart des ossifications périarticulaires qui abondaient sur le précédent cliché. D'autre part, l'appui de la hanche, au lieu de se faire en dehors du cotyle éculé, se fait contre la partie supérieure du cotyle. Enfin les réactions de périostose ont à peu près disparu. Du côté de la hanche droite on ne note pas de modifications morphologiques sérieuses pour le moment.

Le 7 décembre 1938 :

Le malade va quitter le service, il est muni d'une culotte en cuir lacée, articulée à la hanche donnant de l'abduction au membre inférieur laissant le genou gauche libre et donnant la possibilité de mouvements de flexion de 30°. Marche facilement avec son appareil.



- 3 Trois mois après l'ostéotomie sous-trochantérienne gauche et la névrotomie du nerf obturateur droit. Noter à gauche la diminution des proliférations osseuses périarticulaires.

(Cliché du 22 septembre 1938. Dr CHASSARD)

Débarrassé de son appareil et examiné debout, on note une tendance immédiate à placer le genou gauche en adduction. Cependant l'appui du membre reste très solide, est capable de se tenir à cloche-pied sur le membre gauche. Pas de Trendelenbourg.

Examen en position couchée :

1° à gauche, on note un empâtement de la racine de la cuisse infiniment moindre qu'avant l'ostéotomie, mais encore appréciable. Des ganglions inguinaux tuméfiés sont perçus.

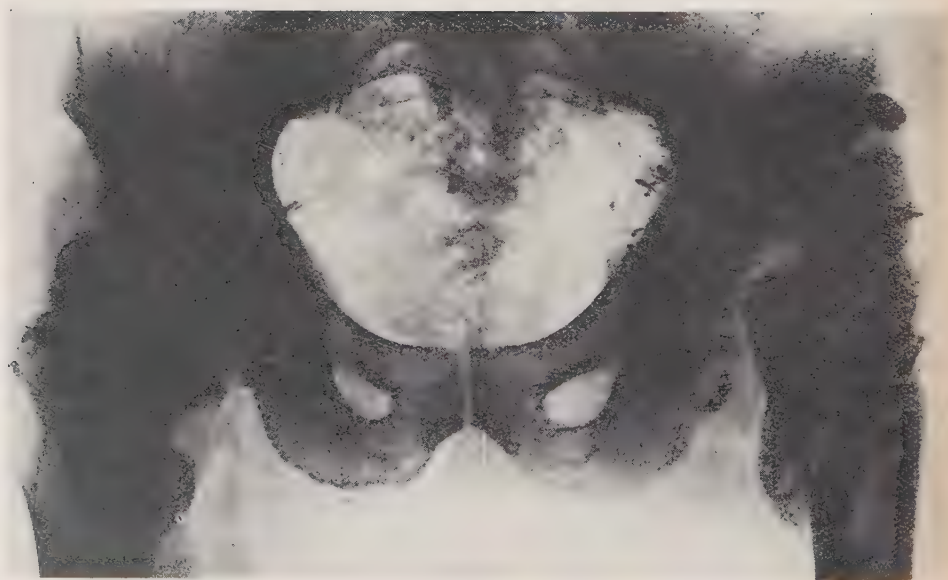
Au point de vue fonctionnel la hanche gauche présente une certaine marge de mouvements. L'abduction dépasse 45° . Il y a environ 15 à 20° de flexion.



Photographie

1. Six mois après l'ostéotomie. Le sujet est devenu capable de se tenir à cloche-pied sur son membre inférieur gauche.

2° à droite, on note également une sorte d'empâtement périarticulaire avec ganglions. La flexion dépasse l'angle droit. L'abduction moindre qu'à gauche ne dépasse pas 45° .



4-5. Sept mois après l'ostéotomie. La position du fémur gauche est moins favorable. L'aspect de la hanche droite de même que son état clinique, n'ont pas varié depuis la nevrotonomie.

(Clichés du 23 janvier 1939, Dr CHASSARD)

Les petits troubles vésicaux se sont atténués.

Le genou gauche est raide et n'est capable que de 15° de flexion. Le malade peut prendre la position assise, il est surtout gêné par son genou.

Le 23 janvier 1939 :

Revu depuis sa sortie, le malade marche avec sa culotte de cuir. Il signale qu'il se sentirait moins solide sur son membre inférieur gauche depuis quelques temps.

A l'examen clinique, la situation est la même qu'à la sortie. L'aspect radiographique est également le même. Le mouvement d'abduction pouvant être facilement augmenté, on va faire donner 20° d'abduction de plus à la hanche dans la culotte orthopédique.

Il y a un valgus appréciable au niveau du genou gauche et un épanchement.

Raccourcissement du membre inférieur gauche de cinq centimètres et demi.

Le 4 mai 1939 :

Le malade a été revu. On avait dû munir la culotte orthopédique d'un prolongement jambier articulé au genou et laissant le pied libre. Après cette retouche de son appareil, qui avait été nécessitée par le relâchement du genou gauche avec hydarthrose, l'opéré se déclare plus satisfait. Il a d'ailleurs pu reprendre son travail depuis cinq mois ; pour se rendre à son bureau, il doit effectuer un trajet d'environ un kilomètre et demi ; il le fait à pied et doit, chemin faisant, gravir une rue fortement montante.

On peut donc considérer que l'ostéotomie, malgré l'insuffisance regrettable de l'angulation donnée à l'os au niveau de la section, a procuré un soulagement. Le malade a pu reprendre ses occupations, mais il est non moins évident que le processus qui a commandé l'arthropathie n'est pas éteint.

Les phénomènes secondaires observés au niveau du genou le prouvent ; il est donc prudent de n'escompter qu'un bénéfice provisoire.

II. — LES METHODES DE TRAITEMENT

De tous temps, les praticiens se sont heurtés à de graves difficultés pour rendre leurs fonctions aux articulations des tabétiques. La gravité, la forme des lésions rencontrées expliquent l'inefficacité du traitement spécifique; Babinski, parlant des arthropathies tabétiques, a dit : « J'en ai vu un cas, peut-être deux, guéris par le traitement antisyphilitique. » De même, le port de l'appareil plâtré est complètement inefficace et ne peut arriver à enrayer la marche envahissante des lésions.

Seules, des opérations chirurgicales ont donné quelques résultats. Les chirurgiens, eux aussi, ont vu leur route semée d'embûches, mais ils ont pu, dans certains cas, redonner à leurs malades, voués à l'inaction presque complète, l'usage de leurs membres inférieurs, et récemment, à Lyon, M. Tavernier s'est fait l'avocat du traitement chirurgical dans certains cas d'arthropathies nerveuses.

L'intervention chirurgicale ne saurait prétendre à une cure radicale des lésions; elle n'a, dans de pareils cas, qu'un but purement orthopédique.

Parmi les différents modes d'intervention employés, nous relevons la *résection simple ou arthroplastique*, l'*arthrodèse extra-articulaire*, la *butée ostéoplastique*, l'*ostéotomie sous-trochantérienne*.

Résection arthroplastique.

C'est le mode d'intervention qui a le plus tenté les chirurgiens. La résection arthroplastique étant une opération sérieuse, il faudra donc, avant de la tenter, s'entourer de beaucoup de précautions. L'âge du sujet, la forme des lésions, l'état du cœur, seront autant de renseignements précieux pour le chirurgien. Paul Mathieu dit « que la résection arthroplastique ne doit être faite que chez des malades ayant un appareil cardio-vasculaire sain ». Il est évident que le terrain est particulièrement suspect chez un tabétique.

Conduite de l'intervention. — Rotter utilisa la voie postérieure de Langenbeck, M. Tavernier, l'incision de Smith Petersen. Lorsqu'on arrive sur l'os, on se trouve en présence d'une masse osseuse volumineuse, poussant des arborisations dans les tissus environnants; tout cet ensemble est très dur, très résistant, et gêne considérablement l'opérateur qui veut écarter les parties molles. Alors que, dans le cas d'ostéomyélite, où l'exubérance osseuse est aussi grande, on peut facilement découvrir tout entier le foyer et le ruginer sans difficulté, l'os étant mou; ici, il n'en est pas de même. La rugine mord difficilement sur l'os tabétique qui est très dur, de plus l'extrémité supérieure du fémur est adhérente par presque toutes ses faces aux tissus voisins, d'où difficulté très grande à se créer une large voie d'accès et à libérer le fémur de tous ces blocs ostéogéniques. Cette masse osseuse étant fréquemment le siège d'une vascularisation abondante, de nombreuses et grandes hémorragies

seront à redouter et gêneront considérablement la marche de l'opération. Il pourrait y avoir avantage, pour limiter la perte de sang, à préparer le malade par une injection de coagulène, comme nous l'avons vu pratiquer à certains chirurgiens.

Dans les cas rapportés par Rotter et P. Lance, ces inconvénients semblent avoir été réduits au minimum. Peut-être se sont-ils trouvés en face de la forme atrophique, ce qui expliquerait, en partie, leur succès. Il serait imprudent de toujours escompter une pareille réussite, surtout lorsqu'on se trouve en face de lésions d'aspect hypertrophique. Le cas du malade de M. Tavernier, nous incite à être prudent quant au pronostic de la résection. L'opération fut très laborieuse, de par l'importance des proliférations osseuses périarticulaires rencontrées, et l'abondance des hémorragies qu'elle provoqua. Mais ce n'est là qu'une exception et M. Tavernier le dit lui-même dans sa communication : « Je n'ai eu qu'une fois une catastrophe, une mort postopératoire rapide pour une résection arthrodèse dans une arthropathie tabétique de la hanche, chez un sujet pourtant encore jeune, et dont l'état général m'avait semblé suffisant... », et plus loin il conclut : « A condition de proportionner les opérations à la résistance des malades, et d'être prudent à la hanche, on peut obtenir des résultats qui transforment tellement la vie des malades, que ces opérations méritent d'être vulgarisées ».

Si l'on met de côté l'observation de M. Tavernier, l'on trouve que, dans les trois cas de résection pour arthropathie de la hanche qui nous sont connus, les

résultats ont été assez satisfaisants. Dans le cas de Rotter, guérison rapide, « à l'aide d'une semelle surélevée le malade marche avec sûreté et légèreté ». Le malade de P. Lance recommence à marcher un mois et demi après l'intervention ; revu l'année suivante, « la marche est indolore et s'effectue sans difficulté ; l'appui de la cuisse est bon ; la flexion atteint 25° ».

Si la résection semble être très intéressante dans l'arthropathie tabétique, il faudra parfois opter pour des interventions différentes.

Arthrodèse extra-articulaire.
Butée ostéoplastique.

C'est ainsi que trois fois l'arthrodèse a été employée ; elle a généralement été pratiquée sous la forme d'arthrodèse extra-articulaire. Dans deux cas (P. Lance, Oulie), le procédé opératoire s'inspirait de la technique de Mathieu-Wilmoth qui est bien connue des orthopédistes. Dans le cas de Silhol, la technique rappelle l'arthrodèse extra-articulaire pour coxalgie.

Les résultats, ici aussi, ont été favorables. Cinq ans après l'intervention, P. Lance revoit son malade et note que « sans être complètement bloqués, les mouvements de la hanche sont très réduits ; la flexion n'atteint pas 10° , la marche est stable ; fonctionnellement le résultat est satisfaisant ». Dans le cas d'Oulie, la malade, ayant repris la marche quatre mois après l'intervention, se fit une fracture du fémur ; mais un an après, « le membre est solide et donne un bon

point d'appui ». Dans l'observation de Silhol, trois mois après l'opération, « la consolidation n'est pas absolue, mais paraît en bonne voie ».

Dans un cas, enfin, M. Lance utilisa son procédé de butée avec un résultat favorable.

Ostéotomie sous-trochantérienne.

Reste un cas d'ostéotomie sous-trochantérienne, le cas de M. Guilleminet.

A vrai dire, le résultat n'a pas correspondu aux espoirs que l'on avait. Comme il est expliqué dans le texte de l'observation, cela peut tenir à ce que l'angulation, réalisée dans le foyer d'ostéotomie, n'a pas été suffisante. Ce serait à revoir. Il a fallu, outre l'ostéotomie, imposer au malade le port d'un appareil tuteur du membre inférieur. Cependant ce malade est redevenu capable de marcher et de regagner sa vie ; nous croyons que, sans la modification d'appui, apportée par l'intervention, le port simple d'un tuteur n'aurait pas procuré cette amélioration.

Quant à la névrotomie de l'obturateur, pratiquée sur la deuxième hanche de ce malade, elle n'est pas à présenter comme un moyen de traitement de l'arthropathie tabétique constituée, mais plutôt comme un essai de traitement préventif.

CONCLUSIONS

I. — L'arthropathie tabétique, qui, d'une manière générale, tendrait à se raréfier, est d'observation particulièrement rare à la hanche.

II. — Sous réserve de l'acquisition de nouveaux procédés thérapeutiques (sympathectomie), dont le mode d'action n'est pas encore bien appréciable au niveau de la hanche, l'action chirurgicale ne peut avoir que des prétentions purement orthopédiques et ne saurait viser au traitement radical des lésions.

III. — Les observations de traitement chirurgical de l'arthropathie tabétique de la hanche sont donc très peu nombreuses. Nous en avons réuni huit (3 cas de résection, 3 cas d'arthrodèse, 1 cas d'ostéotomie, 1 cas de butée ostéoplastique).

IV. — Elles montrent que les qualités des extrémités osseuses chez les tabétiques, au point de vue de la consolidation, de la soudure osseuse, ne sont pas nulles mais qu'elles sont certainement inférieures à la normale. Il y a lieu d'en tenir compte dans le choix des interventions.

V. — Les meilleurs résultats semblent avoir été jusqu'ici obtenus par la résection, mais des faits prouvent aussi qu'elle est parfois d'exécution grave chez ces malades. Il y aura donc des cas où il faudra se contenter d'opérations moins sérieuses (ostéotomie et surtout arthrodèse).

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
TAVERNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 2 Juin 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE et THUREL. — Etude analytique des ostéo-arthropathies nerveuses. (*Revue du rhumatisme*, mars 1935.)
- BERTAUX (A.). — Arthropathie tabétique de la hanche à évolution clinique aigue, révélation d'un tabès latent. (*Revue d'orthopédie de chirurgie de l'appareil moteur*, N° 5, septembre 1937).
- CHIPAULT. — De quelques interventions récentes pour arthropathies trophiques. (*Revue de Chirurgie*, tome XI, 1891.)
- CLEVELAND. — Résection dans l'arthropathie de la maladie de Charcot. (*Journal of Bones and Joint Surgery* ; vol. XIII, octobre 1931 ; vol. XVII, octobre 1935.)
- DURAND (G.). — Ostéo-arthrite de la hanche. (*Sté Française de Dermatologie. Sc.* du 19 décembre 1929.)
- V. A. ERSHOFF. — Case of tabetic osteo-arthropathy of hip-joint. (*Trudi. obsht. nervopat. psikhiat. saratov. Univ.* I : 129-135, 1927.)
- FAULON (Lucien). — Contribution à l'étude pathogénique des arthropathies tabétiques. (*Thèse Paris* 1938.)
- JAPIOT et BROCCA. — Double ostéo-arthropathie tabétique de la hanche. (*Lyon-Médical* 1924 ; CXXXIII, 272-274.)
- LANCE (P.). — A propos du traitement chirurgical des arthropathies tabétiques de la hanche. (*Revue Médicale Française*, Octobre 1938.)
- LERI (A.) et LEROUX. — Pseudo-paraplégie par double arthropathie tabétique des hanches à début brusque. (*Bull. et Mém. Sté Méd. des Hôp. de Paris*, 1921, XLV.)

- MANSOURI. — Un cas d'ostéo-arthropathie double de la hanche chez un indigène tabétique. (*Bull. et Mém. de la Sté de Rad. Méd. de France*. Octobre 1931.)
- MANSOURI (M.). — Un nouveau cas d'arthropathie de la hanche chez un indigène tabétique. (*Algérie Médicale*, septembre 1934.)
- MERKLEN (R.). — Arthropathie tabétique de la hanche. (*Bull. et Mém. de la Sté Méd. de l'Elysée*. Avril 1932.)
- MERKLEN (R.) et FRANCON (F.) et ROBERT (P.). — Arthropathie tabétique de la hanche. (*Gaz Méd. de Nantes*. Août 1932.)
- MOREAU (L.). — Un cas d'arthropathie tabétique. (*Bull. et Mém. Sté. rad. méd. de France*, Janvier 1938.)
- OELECKER. — Contribution à l'étude clinique et au traitement des arthropathies d'origine nerveuse. (*Beitrag zur Klinische Chirurgie*. T. LXV, Nov. 1909.)
- OULIÉ. — Arthropathie tabétique de la hanche (hanche ballante). Arthrodèse extra-articulaire. Bon résultat deux ans après l'intervention. (*Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie*. T. LIX 10 juin 1933.)
- ROTTER. — Arthropathies tabétiques. (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, T. XXXVI. 1887.)
- SILHOL (P.). — Arthropathie tabétique de la hanche traitée par arthrodèse. (*Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie de Marseille*. Octobre 1936.)
- SURALSKI-CHAIM Josek. — A propos d'un cas d'arthropathie tabétique de la hanche. (*Thèse Paris* 1934.)
- FAVERNIER (L.). — La résection arthrodèse dans les arthropathies tabétiques. (*Lyon Chirurgical*. T. 36. Mai 1939.)



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00 00

00 **42, QUAI GAILLETON, 42** 00

00 00 00 00 **LYON** 00 00 00 00



